

● inglés

Nº historia / History number

Doña / Ms. de / of años de edad /aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number.....

Don/Doña / Mr./Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number.....

En calidad de / As a de Doña / of Ms.

(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of the patient)

Declaro / I declare

Que el doctor/a / That doctor
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información) / (Name and surname of doctor providing the information)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una **intervención de oclusión tubárica**, considerado, en principio como irreversible.

Has told me that, in my situation, it is necessary/advisable to perform a **tubal occlusion operation**, which, is considered irreversible, in principle.

1. La intervención de oclusión tubárica consiste básicamente **en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio**, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:

- Microlaparotomía.
- Laparoscópica.
- Histeroscópica.
- Vaginal.
- Poscesárea (se puede realizar asimismo al término de la intervención cesárea).

Aun siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una nueva gestación. Este porcentaje de fallos es del 0,4-0,6%.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Asimismo pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:

- Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos).
- Postoperatorias:
 - Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia...).
 - Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragia...).

Imprevistos: si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

4. **Alternativas:** existen otros métodos de contracepción no definitivos:

- Métodos de barrera.
- Anticoncepción hormonal.
- Contracepción intrauterina.
- Métodos naturales.

1. The aim of a tubal occlusion operation is basically to **discontinue the function of the fallopian tubes** in order to prevent further pregnancies. This technique can be performed by means of several surgical approaches:

- Microlaparotomy.
- Laparoscopy.
- Hysteroscopy.
- Vaginal.
- Post-cesarean (it can also be performed after a cesarean section).

Even though tubal occlusion surgery is the most effective family planning method, it is not 100% effective. There is a low percentage of failure in which a new pregnancy occurs. The failure rate is 0.4-0.6%.

2. **Complications and/or risks and failure:** due to the technique itself and depending on the health condition of each patient (diabetes, cardiopathies, hypertension, anemia, obesity, advanced age, etc.), any surgical procedure implicitly entails a number of potential common complications and other possibly more serious ones, which may require supplementary treatment, either medical or surgical, as well as a very low risk of mortality.

There are also specific complications that may arise with this operation:

- Intra-operative (hemorrhage, injury of neighbouring organs).
- Post-operative:
 - Minor and most common (seromas, hemorrhage, cystitis, phrenic irritation, anemia...).
 - Serious and rare (eventration, apnea, thrombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorrhage...).

Unexpected complications: if an unexpected event arises during the operation, the medical team will be able to vary the planned surgical technique.

3. **Due to my current condition**, the doctor as explained to me that I may face increased or additional risks or complications such as

4. **Alternatives:** there are other contraceptive methods non definite:

- Barrier methods.
- Hormonal contraception.
- Intrauterine contraception.
- Natural methods.

5. **Anestesia:** estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

6. **Transfusiones:** no se puede descartar *a priori* que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

7. **Anatomía Patológica:** la pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

5. **Anesthesia:** these techniques may require sedation and/or anesthesia, the assessment of which will be the Anesthesia Department's responsibility.

6. **Blood Transfusions:** one cannot rule out the chance that a need for a blood transfusion may arise during the operation. If this were the case, it would be done with the necessary precautions by appropriately qualified medical staff.

7. **Pathologies:** the piece or pieces removed in the operation will then undergo a pathological study in order to reach a definite diagnosis. The patient and/or her relatives or legal representative, if applicable, will be informed of the results of the study.

I have understood the explanations that I have been given in clear, simple language, and the doctor who has seen me has allowed me to make all the observations I felt necessary and **has clarified** all my questions.

I also understand that I **can revoke** this consent at any point in time without having to explain the reasons for my decision.

I therefore state that I am **satisfied** with the information I have received and that I **understand** the implications and the risks of this treatment.

Y en tales condiciones / Under such conditions,

Consiento / I consent

Que se me realice una intervención de oclusión tubárica / To undergoing tubal occlusion surgery

En / In

(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)
Signed by: the legal representative (if applicable)

Revocación / Revocation

Doña / Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number

Don/Doña / Mr./Ms. de / of años de edad / aged
(Nombre y dos apellidos) / (Name and surname)

Con domicilio en / Address

y DNI n.º / DNI, Residence Permit or Passport Number.....

En calidad de / As a de Doña / of Ms.

(Representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos de la paciente) / (Legal representative, relative or friend) (name and surname of patient)

Revoco el consentimiento prestado en fecha / I revoke my consent dated

Y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

As I do not wish to continue with the proposed treatment, which I consider terminated as of today.

En / In

(Lugar y fecha) / (Place and date)

Fdo: el/la médico
Signed by: the doctor

Fdo: la paciente
Signed by: the patient

Fdo: el/la representante legal (si procede)
Signed by: the legal representative (if applicable)

